

PAGO 45 DIAS

21015 3341

**COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SOTERO DEL RIO
SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE
GIRO: HOSPITAL
AVDA. CONCHA Y TORO 3459
PUENTE ALTO
FONO: 25762300**

**R.U.T.: 61.608.502 - 6
FACTURA DE VENTAS Y SERVICIOS
NO AFECTOS O EXENTOS DE I.V.A
N° 057195 1**

**S.I.I. - UNIDAD LA FLORIDA
57195**

Puente Alto, 13 de JUNIO de 2016
Señor(es): **HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO**
Dirección: **AV. ALCALDE FERNANDO CASTILLO VELASCO N° 9100**
Ciudad: **CIUDAD DE SANTIAGO**
Forma de Pago:

R.U.T.: 61,101,030-3
Comuna: LA REINA

FACTURA DEVENGADA
GUÍA N° 12931
FECHA VENCIMIENTO: 05.08.16

Cheque Nominativo y Cruzado a Nombre de: Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río

SERVICIO: Laboratorio

Código	Descripción	Monto
07.02.003	Prestación Otorgada a: MEMO N°258 EXAMENES REALIZADOS EN LAB. CENTRAL HOSPITAL DR. SOTERO DEL RIO MES DE MARZO 2015 24 BACILOSCOPIAS, 24 CULTIVOS PARA BACILO DE KOCH Y 3 HEMOCULTIVO PARA MICOBACTERIAS COD: 4 EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS	MARÍA GUAJARDO RAMÍREZ SLP Sección Revisión y Análisis 261.030
	TOTAL:	261.030

RECEPCION
01 JUL 2016
ADQUISICIONES

IMPORTANTE
AL EFECTUAR UNA TRANSFERENCIA BANCARIA A CTA. CTE. 9730184
INFORMAR AL CORREO ELECTRÓNICO transferencias.casr@gmail.com
LOS NÚMEROS DE LAS FACTURAS QUE ESTÁ CANCELANDO

NOMBRE: _____ RUT: _____
REGINTO: _____ FECHA: _____ FIRMA: _____

El acuse de recibo que se declara en este acto, de acuerdo a lo dispuesto en la letra b) del Art. 4°, y la letra c) del Art. 5° de la Ley 19.983, acredita que la entrega de mercadería(s), o servicio(s) prestado(s) ha(n) sido recibido(s).

HERNAN LEMUS LEYTON - RUT: 6.950.463-1 - MANUEL RENGIFO 11576 - LA FLORIDA. FONDO. 2954694 - COD: 134-109

ORIGINAL: CLIENTE